Numéro : 10 CENTIMES — N° 70 — 26 Août 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Départements. . . . . 7 fr.
. . . . . 10 fr.
nements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION ·
CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

ES RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT CARLATINES GRAVES, ESSAI DE SÉRO-APIE, par M. H. ROGER 425

ANATOMO-PATHOLOGIQUE D'UN CAS OMÉGALIE, par M. TIKHOMIROFF 427

ANALYSES

le et physiologie : Action réfrigérante de r M. J. LEFÈVRE. — Élimination de la cholesté- la bile, par MM. DOYON et DUFOUR 429

e expérimentale : De l'influence de la tem- sur les processus inflammatoires infectieux, par zo. — De l'influence de la destruction partielle hélium des bronches sur l'éclosion de la phtisie ire, par M. YOUSOUPOFF 430

e : Un cas de polyarthrite rhumatismale infec- guë compliquée de chorée, d'embolie cérébrale tose, par M. IMERIO MONTEVERDI. — Relation mphyse cardiaque avec certains anévrysmes du ar M. J. HOBBS. — Mode de terminaison de la pulmonaire, par M. V. HANOT. — Un cas de pan- aigue, par M. N. CAYLEY. — Orchite scarlati- ar M. FAUGÈRE 430

ie : Un cas de fracture de la colonne lombaire, ENDERLEN. — Quelques cas de la clinique chirur- e Strasbourg, par M. F. FISCHER 431

que et Gynécologie : De l'application des s rythmées de la langue (procédé de Laborde) sphyxie du nouveau-né, par M. L. KNAPP. — De du carbure de calcium en chirurgie, en parti- ans le cancer de l'utérus, par M. G. LIVET . . . 431

ologie : Les injections sous-conjonctivales de dans la myopie, par M. PAGOUNOFF. 432

ogie, Otologie, Laryngologie : Des causes ction nasale chez les enfants, par M. BOULAY. . 432

rapie, Opothérapie : Traitement des der- par les préparations de glande thyroïde, par OUBINE. 432

itaux de tuberculeux en Angleterre, par SÉE RIBARD CCCXXXV

SOCIÉTÉS SAVANTES

ie de médecine : Rôle de la graisse dans le pement des hernies. M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. m et la lèpre, M. DE BRUN. — Recherches chi- expérimentales sur la toxicité du genièvre, UARDEL. CCCXXXVI

s d'ophtalmologie (Londres). CCCXXXVI

BIBLIOGRAPHIE

phie. CCCXXXVII

CHY-CÉLESTINS

LÉGER — *Relève les Forces.*

HAMAMELIDINE LOGEAIS

RÉVEILLE Véritable eau de régime des faibles et des convalescents.

RITZ / RMES / LINS — Sources chlorurées sodiques fortes, bromo-iodurées, à 24° de salure. Lymphatisme, Tuberculose ganglionnaire et osseuse. Rachitisme. Mal. de l'enfance et de la femme.

VARIÉTÉS

Prescriptions en grec. — D'après le *Journ. of the American med. Association*, M. Löffler, de Dresde, écrit ses prescriptions en caractères grecs. M. Rose, un des partisans du grec comme langue scientifique universelle, estime que Löffler est plus royaliste que le roi. Car, dit-il, les médecins grecs eux-mêmes écrivent leurs prescriptions en latin et en caractères latins, et n'écrivent en grec que ce qui doit être lu du malade, c'est-à-dire la manière de prendre le médicament prescrit.

M. Rose juge cependant l'idée de Löffler excellente. Nous devrions, dit-il, écrire nos ordonnances en grec pour la même raison qui fait que les médecins grecs écrivent les leurs en latin, à savoir pour que le public ne puisse les lire.

Cause des suicides. — M. Forbes Winslow, au récent Congrès de Médecine légale tenu à Londres, a ainsi classé la cause des suicides d'après 7.190 cas.

	Hommes.	Femmes.
Misère	905	511
Chagrins domestiques	728	524
Pertes d'argent	322	233
Ivresse et excès	287	288
Pertes au jeu	155	141
Ambition contrariée	122	410
Chagrins d'amour	97	157
Amour-propre exalté	53	53
Remords	49	37
Fanatisme	16	1
Misanthropie	3	3
Causes inconnues	1381	667

L'enseignement de la médecine à Vienne. — Messieurs les étudiants en médecine autrichiens vont être obligés, dorénavant, d'étudier sept années consécutives. C'est ce que viennent de décider les délégués des Universités des diverses associations médicales et du gouvernement, réunis sous la présidence du ministre de l'instruction publique. Ces réformes étaient demandées depuis longtemps par la profession. Le curriculum universitaire sera divisé en deux parties. Première partie, cours théoriques et pratiques d'anatomie, de physiologie, d'histologie, de physique et de chimie; examens au bout de la seconde année. Deuxième partie : cours théoriques et pratiques de pathologie générale, de médecine, de matière médicale, d'anatomie et d'histologie pathologique, de dermatologie et syphiligraphie, de chirurgie, d'obstétrique et de gynécologie, de jurisprudence médicale, d'hygiène, de pædiatrie, de maladies mentales. Il y aura en outre, des cours moins longs, mais obligatoires aussi, de laryngologie, d'ophtalmologie, de vaccination et de dentisterie. Les cours facultatifs seront ceux d'histoire de la médecine, de biologie, d'embryologie, de lois sanitaires, de toxicologie, d'orthopédie et de chirurgie militaire. Tous ces cours dureront trois ans, après quoi l'étudiant aura un an pour préparer ses examens. Quand tout cela sera fini, l'étudiant de Vienne ne pourra avoir sa licence qu'après avoir pratiqué un an dans un hôpital public. L'on espère ainsi avoir des médecins dont l'habileté sera égale à celle des médecins de n'importe quel autre pays du monde.

Ne pourrait-on avec fruit emprunter, pour les étudiants français, quelques-uns des traits de ce vaste programme? Peut-être verrait-on diminuer le nombre de ces jeunes docteurs qui de leur vie n'ont vu un chancre induré ou suivi une vérole, ni touché un col utérin, ni vacciné un seul enfant!

OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.

LES

HOPITAUX DE TUBERCULEUX EN ANGLETERRE

C'est un plaisir de visiter les hôpitaux Anglais, et spécialement ceux réservés aux seuls tuberculeux. Sans vouloir refaire de chacun d'eux une description détaillée, déjà publiée par plusieurs auteurs, il nous a paru utile à tout le monde de mettre en lumière quelques impressions générales; c'est également pour nous un moyen d'acquitter volontiers une dette de reconnaissance. Nous avons, en effet, été reçu de la façon la plus cordiale par MM. Vintras et Schorstein de Londres, Allardiee de la « North Staffordshire Infirmary » et M. le « général superintendant » de Ventnor Major Thomas Khyber Sayne. Réservons, dans nos remerciements, une place toute spéciale à notre très distingué confrère, M. Rowly Moody : il nous a accueilli comme un véritable ami.

Dès notre arrivée à Londres, nous avons été frappé par le nombre véritablement extraordinaire des œuvres de bienfaisance, sans aucun lien avec la Ville ou l'Etat, soutenues uniquement par la charité privée. Dispensaires, infirmeries, hôpitaux pour le cancer, les maladies de peau, de la gorge, de la poitrine, des yeux, etc., toutes ces nombreuses maisons fonctionnent sans lésinerie aucune et sont uniquement entretenues par des dons particuliers, les quêtes du « samedi d'hôpital » dans les rues, et celles du dimanche dans les églises. Rien de semblable n'existe en France; les Anglais sont-ils plus riches ou seulement plus généreux, nous ne savons; mais ce dont nous sommes absolument certain, c'est de notre manque d'esprit d'initiative. S'agit-il de fonder une œuvre nouvelle, de subvenir à un besoin pressant, vite nous nous adressons à l'Etat. Celui-ci reconnait l'urgence et le bien-fondé de notre requête; mais, limité dans ses moyens et débordé de demandes très justifiées, il nous octroie un secours insignifiant et essentiellement temporaire. Les Anglais se passent de toutes les administrations, et nous devrions faire comme eux.

En pénétrant dans un hôpital anglais quelconque, on est frappé par son luxe de propreté. Tout y est clair, net, simple et gai. Le parquet est ciré, les murs, peints généralement en vert clair, sont lavés chaque jour au linge humide, le plafond est irréprochablement blanc. Les lits de fer sont vernis en noir avec filets jaunes; le sommier, adopté par la grande majorité des familles elles-mêmes, est constitué par une simple toile métallique tendue. Les salles, hautes, vastes, largement aérées, contiennent habituellement quatre ou six lits, très rarement huit; toutes sont ornées de gerbes de fleurs (fournies par les dames de « l'Œuvre des fleurs »), de l'effet le plus agréable. Quelle différence avec les hôpitaux français! Dans nos *vieux* hôpitaux, tout est laid, triste et sale. Les murs et les plafonds sont criblés de petites taches noires, souvenir du passage de mouches innombrables; les parquets ont peut-être été cirés le jour très lointain où ils furent posés; mais

aujourd'hui, plus ou moins mal lavés, ils sont vaguement noirs, couleur des petits tas d'ordures dont chaque pied de lit est le prétexte. Les lits furent vernis en vert, mais depuis ! bien des heurts leur ont enlevé toute espérance d'être jamais propres et nets. Sans oser pénétrer les mystères de la table de nuit, que dire de la planchette de la tête du lit ! On y voit l'urinoir ayant acquis la couleur du verre dépoli, à côté d'un bonnet de nuit ayant été blanc; vient ensuite un morceau de pain, puis un crachoir et un pot de lait, etc. Vue d'ensemble, une salle d'hommes dans nos « vieux hôpitaux », avec ses lits les uns sur les autres et ses hideux brancards, fait infailliblement l'effet d'un de ces misérables taudis où, dans la même chambre, sont entassés pêle-mêle, tous les membres d'une nombreuse famille plongée dans la misère noire.

Ce tableau est loin d'être chargé : tout le monde, même M. le Directeur de l'Assistance publique, peut s'en convaincre par ses yeux; nous engageons même le visiteur à ne pas pousser plus avant ses investigations, car son nerf olfactif pourrait en être douloureusement impressionné. A d'autres le soin de rechercher les responsabilités d'un pareil état de choses, pour nous, nous constatons simplement le fait. L'impression est tout autre en Angleterre.

Dans les hôpitaux spéciaux comme Brompton, Victoria, Ventnor, le traitement des phtisiques est identique à celui des sanaroria de France, d'Allemagne ou d'Amérique et nous n'y avons absolument rien trouvé de neuf. Tout est agencé pour l'emploi à peu près exclusif de la trinité du traitement hygiénique : cure d'air, d'alimentation et de repos. La cure d'air à Londres, avec son brouillard jaune et noir, nous paraît bien triste; elle doit être aussi délicate à Ventnor, vu la violence du vent de mer. La cure d'alimentation est, comme partout, très difficile grâce à l'anorexie des phtisiques; mais il reste la cure de repos. Cette dernière partie du traitement nous a paru être la meilleure : car à l'hôpital de Stoke, où les tuberculeux ne sont pas séparés des autres malades, où l'aération des salles est insuffisante pour une cure d'air, les résultats favorables obtenus, sont à peu de chose près semblables à ceux de Brompton et Ventnor.

***

Partant de ces idées de traitement, à peu près exclusivement hygiénique, nous avons été surpris de constater les cures réalisées par M. Schorstein à la consultation de Brompton Hospital pour les malades externes. Grâce à la bienveillance de notre confrère, nous avons pu assister à la visite d'environ 200 malades pauvres de la ville. Ils se soignent chez eux et viennent de temps en temps à la consultation de l'hôpital. Par quel miracle peut-on obtenir des succès dans de pareilles conditions ? Nous avons eu le mot de l'énigme en assistant au fonctionnement de la « Charity organisation Society ». A Brompton, on reçoit de préférence les malades gravement atteints et on laisse chez eux les tuberculeux au début; nous ne partageons pas cette manière de voir; mais là n'est pas la question, le fait est ainsi. Le médecin voit à la consultation externe un malade pauvre atteint de tuberculose au début; comme ce malade doit être soigné chez lui et non à l'hôpital, comme il est indigent, le docteur lui donne une circulaire imprimée résumant les soins hygiéniques et les précautions à prendre. Il lui remet en même temps une ordonnance et un certificat constatant la nature de sa maladie, son état actuel et demandant pour lui tout ce dont il a besoin. L'hôpital lui donne gratuitement les médicaments (teinture d'iode, créosote et l'inévitable belladone, appliquée en Angleterre à tous les cas et à toutes les maladies médicales ou chirurgicales). La « Charity Society » lui fournit des aliments, des vêtements, de l'argent et, plus tard, l'envoie à la campagne dans une maison de convalescence. Grâce à cette organisation, on obtient, en plein Londres, même chez les plus pauvres, des résultats fort encourageants.

De cette courte esquisse, nous pouvons tirer des conclusions. Prenons aux Anglais ce qu'ils ont de bon : esprit d'initiative, organisation de la charité, propreté, isolement des maladies spéciales dans des hôpitaux spéciaux.

Quant au traitement des tuberculeux, il y a mieux à faire encore et nous espérons le démontrer bientôt.

ELISÉE RIBARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

25 Août 1896.

Rôle de la graisse dans le développement des hernies. — M. Lucas-Championnière. On sait depuis longtemps qu'un individu qui maigrit, qu'un vieillard fait facilement une hernie et l'on admet généralement que c'est le débouchement des anneaux privés de graisse qui permet à l'intestin de s'y introduire.

Mais on voit souvent des enfants qui s'engraissent rapidement et dont le ventre prend l'aspect trilobé et qui sont atteints de hernie à ce moment : cela tient à ce que la graisse, pour être résistante, doit être maintenue par un tissu cellulaire serré, au lieu que la graisse molle et semi-fluide tend à descendre et à produire l'effondrement de la région.

Il en résulte que certaines hernies, apparues chez des obèses, guérissent au contraire lorsque le malade maigrit.

La graisse, entourée de tractus cellulo-fibreux, entraîne le péritoine auquel elle adhère et forme des culs-de-sac. Il en résulte un lipome pré-herniaire que l'on rencontre dans les cures radicales et qui tire sur le sac auquel il est appendu.

L'énorme quantité de la graisse sous-péritonéale ne laissant plus de place aux viscères dans l'abdomen tend à les chasser à travers les anneaux. C'est ce qui se rencontre particulièrement dans les hernies épigastriques, où des hernies volumineuses sont presque entièrement constituées par cette graisse propéritonéale.

Dans les hernies traumatiques, le fait est encore plus apparent. Chez certains sujets, malgré toutes les précautions prises après l'opération abdominale, il se produit une éventration dont la cause réside dans l'adiposité de la paroi abdominale tout entière.

Il faudra donc : 1° prévenir l'engraissement chez les jeunes sujets;

2° Empêcher le développement de la graisse chez les opérés par le régime et l'hygiène.

On a préconisé le régime carnivore pour les individus qui craignent d'engraisser, mais ce régime exclusif n'est pas supporté par nos estomacs et il est nécessaire d'y adjoindre des végétaux en faible quantité. L'alcool doit être proscrit.

Il faut encore empêcher la constipation, réveiller le bon fonctionnement de l'intestin et des reins, éviter la toux et les efforts considérables de défécation. Il faut préconiser au contraire la gymnastique, mais proscrire les mouvements de projection brusque du corps en avant dans le saut, et les exercices de suspension, qui sont nuisibles et inutiles au développement du corps.

Pendant l'opération, il est absolument nécessaire de débarrasser avec soin la région de la graisse très vasculaire qu'elle contient.

En résumé, il est toujours utile de faire suivre au hernieux un régime d'amaigrissement, soit avant l'opération, pour permettre de reconnaître les orifices herniaires, soit après l'opération, afin de conserver les bons résultats de la cure radicale.

M. Tillaux rappelle que les faits rapportés par M. Lucas-Championnière ont été déjà énoncés dans les œuvres de Roser et dans ses propres cliniques.

L'aïnhum et la lèpre. — M. H. de Brun (de Beyrouth) ne partage pas l'opinion défendue par M. Zambaco et admet, avec la grande majorité des auteurs qui ont pu étudier les deux affections, que la lèpre et l'aïnhum constituent deux maladies bien distinctes l'une de l'autre. Quelques cas de mutilation aïnhoïde dans la lèpre, quelques rares cas d'aïnhum avec troubles trophiques concomitants sont les principaux arguments que font valoir les unicistes.

Ces arguments n'ont qu'une valeur médiocre. En effet, d'une part, les cas de constriction circulaire dans la lèpre sont excessivement rares, et, d'autre part, ils siègent toujours *aux doigts* et s'accompagnent constamment d'autres manifestations morbides indiquant : les unes, une infection plus ou moins profonde du sang par le virus lépreux (frissons, frissonnements, sensibilité du malade au froid, douleurs multiples, cachexie, etc.) les autres, une localisation de la maladie soit au niveau des nerfs (anesthésie dans ses différents modes, paralysies, atrophies musculaires, griffe, épaississement uniforme ou noueux des nerfs périphériques, troubles trophiques divers, panaris analgésiques, maux perforants, etc.), soit au niveau de la peau (nodosités, éruptions) ou des muqueuses (tubercules lépreux, ulcérations, altération de la cloison, etc.). On a cité, il est vrai, des cas de lèpre localisée, pendant plusieurs années, à un pied ou à une main, mais ces cas sont loin d'être concluants; et, outre que la lésion n'y a pas revêtu la forme aïnhoïde, la maladie, même dans ces cas, a toujours conservé son caractère infectieux, se traduisant d'une façon discrète, il est vrai, mais cependant appréciable.

Dans l'aïnhum, au contraire, la constriction siège presque toujours *sur le 5e orteil*, plus rarement sur le 4e, exceptionnellement sur deux ou trois à la fois, *jamais au niveau des doigts*. Les cas dans lesquels les doigts ont été atteints, décrits sous le nom d'aïnhum indigène, aïnhum congénital, n'appartiennent pas à l'Aïnhum, mais font partie du groupe des amputations congénitales. La lésion caractéristique de l'aïnhum débute par un petit sillon au niveau du pli plantaire, sillon qui s'enfonce lentement, régulièrement avec une inexorable opiniâtreté, et qui, après avoir étranglé circulairement la base de l'orteil, comme une ligature élastique, finit par l'amputer sans avoir gagner d'ulcérations, de plaies, de fissures, d'hémorragie, de suppuration, sans retentissement général et plus souvent, sans autre manifestation locale.

Reste le dernier argument des unicistes, tiré de l'existence, chez quelques rares malades atteints d'aïnhum, de troubles trophiques ayant une certaine analogie avec ceux de la lèpre. Ces faits ne prouvent pas l'identité des deux maladies; ils prouvent simplement que le microbe pathogène de l'aïnhum peut provoquer, lui aussi, comme le bacille de Hansen, tout comme d'autres microbes infectieux, soit par sa présence même dans le système nerveux, soit par les toxines qu'il sécrète, une altération matérielle et fonctionnelle des nerfs périphériques. Aller plus loin serait monopoliser, au profit de la lèpre, un ensemble de symptômes qui ne lui appartiennent pas en propre, qui ne lui appartiennent que quand et parce que ses nerfs périphériques sont intéressés, et qui peuvent appartenir également, au même titre et pour les mêmes raisons, à un grand nombre d'affections.

Sans doute, nous ne savons rien encore de la pathogénie spécifique de l'aïnhum et il est impossible de dire si la névrite, qui la caractérise, la névrite causée par la striction de la striction annulaire, dépend — comme la pellagreuse, comme la névrite alcoolique, comme celle de l'ergotisme — d'une intoxication alimentaire, il faut y voir l'expression d'une infection banale. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'étude bactériologique fait par M. Le Dantec a été négative. M. Zambaco, ayant reconnu lui-même que « la lèpre de Hansen est incontestable dans la lèpre pure [1] », il paraît logique d'admettre que, puisqu'on ne l'a pas trouvé dans l'aïnhum, l'aïnhum ne peut être considéré comme une lèpre mutilante.

M. Javal expose les raisons biologiques et sociales qui rendent nécessaire l'existence d'une loi destinée à protéger les nombreuses familles aux dépens des familles sans enfants.

Recherches chimiques et expérimentales sur la toxicité du genièvre. — M. Brouardel, au nom de **MM. A. Surmont et Léon Delval**, une note dont voici les conclusions :

Le genièvre, consommé dans la région du Nord, est une liqueur dont le titre alcoométrique de 47 à 50 degrés environ, dans les trois quarts des cas, peut être considéré comme notablement abaissé par la manipulation qu'il subit chez les marchands en détail.

Le genièvre contient de l'alcool vinique et des produits d'impuretés. La nécessité où se trouve le marchand de l'offrir limpide et incolore au client le protège contre les falsifications. Aussi, dans 81,25 pour 100 des cas, contient-il moins de 1 pour 1000 de fuselol. La proportion maxima, trouvée par les auteurs, n'a jamais dépassé 1,649 pour 1000. L'acidité du genièvre n'est jamais très forte (0,30 centigrammes par litre au maximum).

Le coefficient toxique du genièvre, pris dans la consommation de boissons, mesuré par le procédé de MM. Laborde et Serveaux (coefficient toxique expérimental de Dujardin-Beaumetz) est variable d'un échantillon à l'autre, parce que la composition de cette liqueur artificielle est facilement modifiée, surtout par les coupages qu'elle subit.

Les genièvres les plus dangereux sont ceux que l'on trouve dans les cafés de premier ordre. Leur coefficient toxique moyen est 17 gr., 31. Les genièvres moins dangereux se rencontrent dans les cabarets de 2e ordre; leur coefficient toxique moyen est 28 gr., 70. Le coefficient moyen du groupe intermédiaire est 23 gr., 01. Le premier groupe comprend environ 43 pour 100 des échantillons, le deuxième, 36 pour 100, le troisième 21 pour 100.

Le genièvre, liqueur industrielle type, est une liqueur relativement peu toxique. Même ceux de notre premier groupe le sont bien moins que la plupart des eaux-de-vie naturelles.

Les accidents incontestables et très fréquents du Nord, constatés à la suite de l'emploi du genièvre, doivent donc être attribués à la quantité de liqueur absorbée et non pas à sa mauvaise qualité.

L'analyse chimique d'un échantillon de genièvre, titre alcoométrique, dosage du fusel et des éthers, ne suffit pas, dans tous les cas, à donner une idée suffisante et exacte de sa nocivité. Il convient d'y joindre l'analyse expérimentale.

La toxicité du genièvre tient essentiellement à la quantité d'alcool éthylique qu'il contient; les autres substances formées d'environ 994 parties sur 1000 d'alcool et d'eau, les supérieurs ont un rôle toujours moins important et parfois nul dans les cas où la toxicité du liquide est manifestement marquée.

Dans la lutte contre l'alcoolisme par le genièvre, mesures que doivent poursuivre le législateur, l'hygiéniste et le médecin est donc de restreindre l'usage de cette liqueur et non pas d'en améliorer la qualité. M. L.

---

1. ZAMBACO-PACHA. — *Bullet. de l'Acad. de m* du 28 Juillet 1896, page 128, en note.

CONGRÈS D'OPHTHALMOLOGIE

Tenu à Londres les 29, 30 et 31 Juillet 1896.

Le professeur **Nuel** (de Liège) a traité de l'**anatomie pathologique de la macula lutea et de certaines formes de kératite.**

Ses projections rendent visibles à tous les membres du Congrès ses préparations très réussies, et, après la communication, chacun peut les examiner à loisir au microscope. Ces préparations comprennent des cas de diabète albuminurique dans lesquels les exsudations dans la couche de Henle sont très apparentes, expliquant l'ophthalmologie des petites taches blanches qu'ont observées tous les ophtalmologistes dans cette maladie. Dans un cas de glaucome, on voit un œdème très apparent dans la couche de Henle ; un autre cas montre un décollement de la rétine dû à la même cause. Voilà deux faits consistants d'œdème de la couche de Henle limité à la macula ; dans un autre, la rétine est sur le point d'être perforée. Dans un dernier cas, l'œdème a détruit les cônes et bâtonnets dans toute l'étendue de la macula.

Ce fait même, dans l'**amblyopie toxique**, M. Nuel déclare que, contrairement à la commune interprétation, la première altération se produit dans la macula. Les lésions des nerfs sont dues à une dégénération ascendante, par destruction de leurs centres trophiques, les cellules ganglionnaires de la rétine. Comme on le sait depuis longtemps, seules sont affectées les fibres papillaires qui viennent de la macula, c'est-à-dire le secteur temporal du disque optique et la partie centrale du nerf optique dans son trajet orbitaire. Cela sans trace d'exsudation ou de sclérose dans le névrilemme ; on peut donc croire à une névrite rétro-bulbaire.

M. Nuel présente les pièces d'un chien qu'il a rendu aveugle. La coupe du nerf optique démontre qu'il n'y a eu ni d'inflammation, mais une dégénération aiguë descendante provenant de la destruction première des centres trophiques de la rétine.

Les pièces de certaines formes de **kératite** présentées par M. Nuel ne sont pas moins instructives ; les coupes de cornées atteintes de kératite ponctuée montrent de curieuses figures en spirale dans le tissu cornéen. Elles sont visibles à un faible grossissement, car leur longueur est relativement considérable ; mais leur structure reste inconnue. Elles n'ont jamais été décrites antérieurement.

Des préparations de pièces d'**hypopion** montrent le mal gagnant depuis le corps ciliaire la région de l'ora serrata. Plusieurs préparations montrent des cellules de pus pénétrant les espaces lymphatiques de l'iris et même le perforant vers le bord.

M. Nuel présente encore la coupe d'une cornée infiltrée de mycélium.

M. Lawford, en l'absence du professeur **Uhthoff** et de **M. Axenfeld**, lit un extrait de leur travail sur la **clinique et la bactériologie des kératites purulentes.** Les auteurs ont toujours trouvé, dans l'ulcère serpigineux, le pneumocoque de Talamon-Fraenkel ; ils n'ont pas réussi à reproduire cet ulcère dans la cornée du lapin.

M. Cécil Schaw communique, avec projections à l'appui, le résultat d'expériences faites chez des singes sur la **dégénérescence consécutive aux lésions corticales du lobe occipital.** Dans certains cas, il enlève complètement le lobe occipital gauche, et, dans d'autres, les lésions faites à ce même lobe sont sous-corticales. Dans ce dernier cas, on trouve un grand nombre de fibres dégénérées dans la moitié gauche de la couronne rayonnante et des fibres dégénérées encore, mais en bien moindre quantité, dans la moitié droite ; des fibres dégénérées, et des deux côtés, se rencontrent aussi dans la partie postérieure du corps calleux. Dans tous ces cas, les sujets avaient présenté de l'hémianopsie.

M. J. Lawford (de Londres) provoque une discussion sur le **traitement opératoire de la myopie prononcée.**

Il faut prendre en considération, dit-il, l'âge, la santé, la condition sociale, la profession du malade avant de bien décider. Mais ne nous occupons ici que des indications tirées de l'œil lui-même.

Tout d'abord, il ne faut pas songer à opérer un œil qui a moins de 11 ou 12 D. Van Hippel a rapporté des cas de myopie de 35 D. à 50 D qu'il a opérés avec succès ; c'est là l'extrême limite, à supposer, d'autre part, que l'œil soit dans des conditions favorables ; l'âge le plus favorable est au-dessous de douze ans. M. Lawford préconise la discision du cristallin, suivie, à quelques jours, de l'évacuation vers la chambre antérieure des fibres cristalliennes. Il a abandonné l'iridectomie, car l'intégrité de la pupille est plus importante ici que dans les cas de cataracte sénile.

L'opération amène une grande diminution de la réfraction et une grande augmentation de l'acuité visuelle, ce qu'explique, en partie, la plus grande quantité de lumière pénétrant dans l'œil.

Le grand point, c'est l'augmentation de la dimension des images rétiniennes tenant au changement dans les systèmes de l'œil. Ces images sont rendues trois fois plus grandes par l'enlèvement du cristallin.

Quatre cas sur 68 n'ont pas donné de succès durable.

Dans quelques cas, un seul œil fut opéré ; un décollement de la rétine finissait par se produire dans l'autre.

L'auteur a pu voir, dans quelques cas, la diminution du staphylome postérieur.

M. Richardson Cross croit que le décollement de la rétine est dû plutôt à l'altération sénile qu'à la myopie ou à l'opération. Sur 36 cas de décollement, il n'en a vu que 5 avant l'âge de trente ans. Il donne 2 observations de myopies traitées par l'extraction du cristallin : un myope de — 22 D, V 5/56 devint hypermétrope de + 2,5 D, V 5/56 ; un autre myope de — 22 D, V 4/60 après l'opération avait avec 1,5 D une acuité visuelle de 6/9.

M. A. S. Percival démontre que, dans l'aphakie, le pôle postérieur de l'œil doit être situé 31 millimètres derrière la cornée pour être emmétrope. Chaque millimètre en plus ou en moins demande un verre correcteur de ± 0,71 D.

En pratique, chaque millimètre en plus ou en moins de 22,8 millimètres demande un verre correcteur de ± 3 D.

M. Argyll Robertson met les membres du Congrès en garde contre l'opération limitée à un seul œil, quand le malade a la vision binoculaire : il craint dans ce cas la production d'un strabisme divergent.

M. Rayner Batten regarde l'opération comme donnant souvent d'heureux résultats.

M. Lawperd rapporte l'histoire d'un enfant de dix ans atteint de myopie progressive, de 8 ou 9 D ; il se demande si on doit différer l'opération jusqu'à ce que la myopie soit plus prononcée et les autres conditions plus favorables ? Peut-être ; mais, d'ici là, de graves accidents pourraient se produire, et il y a beaucoup à dire dans les deux sens.

M. Patrick Maxwell (de Dublin) insiste sur la nécessité de procéder avec **précision dans les opérations de strabisme.** Il apporte 168 cas de strabisme convergent dont on peut tirer des données statistiques.

Dans 71 cas, le strabisme est noté avant l'âge de trois ans. La réfraction moyenne de chaque œil était de + 3 D. La vision moyenne de l'œil sain était de 5/6, pendant que celle de l'œil dévié était de 2/6 ; l'angle gamma donnait en moyenne près de 2/2 D de moins dans l'œil strabique et semblait diminuer en même temps que diminuait l'acuité visuelle.

Dans tous les cas, le degré de strabisme fut mesuré en angle au campimètre ; on avait une moyenne de 30 degrés. Dans 57 cas, où on pratiqua seulement la ténotomie, la réduction moyenne, du second au quatrième jour après l'opération, arrivait à 17°,5 ; quinze jours après, l'angle était réduit à 15 degrés. Quand l'œil sain est ténotomisé plus tard, la réduction finale est encore plus grande.

Après avoir parlé des opérations et améliorations introduite par de Wecker, Szanzy, Argyll Robertson et Prince, M. Maxwell donne la description d'une méthode nouvelle.

Il a imaginé un instrument qui montre, par une échelle graduée, l'éloignement du tendon sur le globe et, durant l'opération, le degré de raccourcissement qu'on peut obtenir. La déviation strabique de l'œil hypermétrope est de 3 degrés pour chaque dioptrie.

Dans 40 cas, la conséquence immédiate de la correction de l'hypermétropie se montra légèrement moindre qu'elle n'aurait dû être dans cette théorie. Dans 17 cas, après l'usage de lunettes pendant deux mois, M. Maxwell a vu le strabisme réduit plus qu'il ne l'avait calculé.

Si, après deux mois de lunettes, le strabisme demeure supérieur à 8 degrés, il faut opérer et pratiquer la ténotomie.

M. Landolt (de Berlin) expose que le strabisme dépend essentiellement de l'innervation des centres de convergence et non d'une anomalie des muscles moteurs. La guérison du strabisme, il l'attribue bien plus à la *vis medicatrix naturæ* qu'à l'acte d'un chirurgien qui déplace un muscle d'un certain nombre de millimètres. Le centre de rotation du globe n'est pas un point fixe ; après la ténotomie, l'œil est tiré en avant par les muscles obliques et le centre de rotation avec lui. Le chirurgien doit se proposer d'affermir les muscles faibles plutôt que d'affaiblir les muscles forts. Dans le strabisme convergent d'une certaine persistance, les muscles externes sont affaiblis comme le prouve la diminution de leur pouvoir abducteur. Une opération d'avancement est en tout cas préférable à la ténotomie.

M. Maxwell reconnaît qu'il peut rester 5 degrés de strabisme après l'opération.

M. Bickerton (de Liverpool) est d'avis que, puisqu'on veut de la précision, il faut faire comme M. Stevens : celui-ci ne sectionne à la fois qu'un petit nombre de fibres du tendon ; il s'assure de son résultat. Il sectionne quelques fibres encore, vérifie, et ainsi de suite.

Il est question ensuite de l'**opération de Snellen** pour l'extraction de la **cataracte sénile.**

L'opération, rappelle **M. Berry**, consiste en une incision occupant la moitié de la marge de la cornée, et empiétant sur la conjonctive. Avant l'opération, injection de pilocarpine. On ne fait pas l'iridectomie. L'opération se recommande parce que la chambre antérieure se reforme en une heure ou deux et que le prolapsus de l'iris n'arrive qu'exceptionnellement durant l'opération.

M. Cross (de Bristol) trouve que la guérison se fait plus vite quand on fait une discision conjonctivale, mais que l'hémorrhagie est gênante.

M. Landolt montre une paire de lunettes orthoptiques auxquelles il a trouvé de grands avantages après les opérations de discission de la cataracte secondaire. Elles sont convexes, prismatico-sphériques, à base intérieure.

M. Lawford (de Londres), parle de l'**iridectomie extra-oculaire** et de la **formation d'une pupille artificielle.**

L'opération a été imaginée par Schöler pour éviter les difficultés et les risques de l'iridectomie intra-oculaire de de Wecker. On incise la cornée avec le kératome ; le bord de la pupille est soulevé avec une pince à iris spéciale, aux extrémités mousses, non édentées, et doucement amené à l'incision de la cornée.

L'iris est alors divisé d'un coup de ciseaux depuis la pupille. L'iris est replacé soigneusement dans l'œil. La pupille artificielle obtenue est un peu cunéiforme, la pointe tournée vers la périphérie.

M. Bickerton appelle l'attention sur la **nécessité d'épreuves sévères de la vision des couleurs** chez les marins et les employés de chemin de fer.

Le même auteur présente des **stylets pour le cathétérisme du canal lacrymal.**

Les **effets de l'obstruction nasale sur l'accommodation** sont étudiés par **M. Maxwell** qui a vu souvent des malades présentant les symptômes de l'asthénopie accommodative, avoir de l'obstruction nasale et de la surdité catarrhale ; ils ne se plaignaient pas du nez, mais l'examen des fosses nasales montrait des végétations adénoïdes ou tout autre cause d'obstruction dans les voies respiratoires supérieures. Un traitement approprié à l'état des fosses nasales étant institué, tous les symptômes d'asthénopie accommodative s'amendaient. Les bénéfices du traitement nasal sont notables chez les malades qui respirent habituellement ou fréquemment par la bouche. Dans 5 cas, la guérison d'asthénopie accommodative suivit le traitement des seules fosses nasales.

M. Rayner Batten (de Londres), a, lui aussi, fréquemment observé l'asthénopie associée aux malades des fosses nasales. En pinçant les narines et en essayant une inspiration, la bouche fermée, on verra qu'un point donné paraît se rapprocher ; en d'autres termes, on obtient virtuellement la myopie. En faisant un effort d'expiration dans ces mêmes conditions, le point paraît s'éloigner, si bien qu'on est un instant presbyte.

Il attribue ces phénomènes à l'afflux et au retrait du sang dans le corps ciliaire. Il appelle l'attention sur un aspect particulier du fond de l'œil associé presque invariablement aux affections nasales. C'est l'existence d'un staphylome sur le côté nasal de la papille, la papille étant elle-même inclinée vers le côté nasal. Les vaisseaux rétiniens, en quittant la papille, se dirigent d'abord vers le côté nasal et les branches qui vont à la macula font un coude brusque vers le côté temporal.

Le **traitement des opacités cornéennes par l'électrolyse** fait l'objet d'une communication de **M. Edgar Stevenson** (de Liverpool). La fréquence des opacités cornéennes et les médiocres résultats obtenus avec les toxiques stimulants donnent un grand intérêt à ce sujet.

M. Stevenson a vu pratiquer l'électrolyse par M. Adler, mais il a quelque peu modifié le procédé de ce dernier, en se servant de courants beaucoup plus faibles et en employant une autre technique. Les succès sont très beaux.

Il se sert d'un courant de un quart à un demi-milliampère avec un potentiel de 3 volts ; l'anode est placé sur la joue du côté opposé ; le cathode consiste en une sonde d'argent doux appliqué sur la cornée malade. Il faut que la cathode soit promenée doucement tout le temps sur l'étendue de la tache et il faut prendre le plus grand soin que le courant n'excède jamais un demi-milliampère. Il faut donc, avec l'ampèremètre et au rhéostat, bien surveiller et régulariser l'intensité du courant qui passe.

Il ne faut pas faire plus de quinze applications consécutives, car alors la cornée aurait tendance à se ramollir et sa courbure s'altérerait.

A. Cavasse.

BIBLIOGRAPHIE

A. Josias. — *Thérapeutique infantile*, 2 volumes in-18 (Collection Dujardin-Beaumetz et Terrillon).

P. Bonnier. *L'Oreille. Sa physiologie. Ses fonctions. Encyclopédie des Aide-Mémoire.*

Pierre Bonnier. — *L'Oreille ; physiologie de l'oreille*, 1 vol. petit in-8, de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire. Prix : 2 fr. 50. (Masson et Cie, éditeurs).

B. C. Attaix. — *La Pipérazine ; ses propriétés thérapeutiques.* Broch. in-8 de 64 pages. Prix : 2 fr. (A. Maloine, éditeur).

Albert N. Péron. — *Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre.* 1 vol. in-8 raisin, de 168 pages. (Asselin et Houzeau, éditeurs).

G. Eustache. — *Les Accouchements aseptiques et les accouchements antiseptiques.* Broch. in-8, de 40 pages. (Le Bigot frères, à Lille).

Hélot, Houdeville et **Haliprè.** — *Surdité verbale de conductibilité.* Broch. gr. in-8, de 8 pages. (Masson et Cie, éditeurs).

Alfred Dezanneau. — *Du rhumatisme blennorrhagique et de son traitement.* 1 vol. in-8 raisin, de 132 pages. (H. Jouve, éditeur).

Manuel A. Diez. — *Tratado de la alimentacion.* 1 vol. petit in-12, de 350 pages. (Caracas).

L'Editeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marethreux, 1, rue Cassette.

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — *Échantillon* franco à *MM. les Médecins qui en font la demande.*

22 et 24, PLACE VENDOME

Farine lactée Nest

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARM

Mm. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom **NESTLÉ** *sur leurs ord*

LACTO-FER du Dr GISCARD

Marque de Fabrique déposée

C'est la préparation ferrugineuse par excellence. Elle ne fatigue pas l'estomac et ne constipe jamais.

Employée avec le plus grand succès dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang.

DOSE : 2 à 6 pilules par jour. — FLACON DE 100 PILULES : 3 FR.

VENTE EN GROS : CHASSEREAU-MENARD, Commissionnaire, 48, Faubg Poissonnière.

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vita

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATUR ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES,*

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmac

CRÉOSOTAL HEYDEN

Contenant **92 0/0** de Créosote de Hêtre pure et **8 0/0** d'Acide carbonique

Seul moyen d'administrer la Créosote de Hêtre à hautes doses sans fatiguer l'estomac, 2 à 3 cuillerées à café par jour.

CACHET DE GARANTIE HF

EXIGER LE CACHET DE GARANTIE " HEYDEN "

AVIS. — C'est la première et seule préparation qui ait été expérimentée dans les hôpitaux et qui ait donné des résultats très satisfaisants pour la guérison de la **TUBERCULOSE.**

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE, anct GILLIARD, P. MONNET et CARTIER, à LYON

Pour prix et littérature Demander le prospectus

KELENE

CHLORURE D'ETHYLE PUR

Application du Prof. Dr C. REDARD

Breveté S. G. D. G.

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

NOURRICES LES **GALACTOGÈNES JOLIVET** (SIROP, SEL ou VIN) augmentent la qualité et la quantité du lait des nourrices et constituent le meilleur tonique aussi bien pour la mère que pour l'enfant pendant l'allaitement. JOLIVET, 114, Fbg St-Honoré, Paris. Envoi fco d'un Sel contre 3f,3 flac. Sirop fco gare 9f.

LANOLINE LIEBREICH

Seule Graisse { *Se combinant avec l'eau ; Ne rancissant jamais ; Absolument aseptique et stérile.*

LANOLINE MARQUE DÉPOSÉE

SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

Airol

Marque "GRIFFON

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodor

L'AIROL est un cicatrisant des plaies.

L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.

L'AIROL est d'un emploi beaucoup moin dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACI*

CAPSULES VIDES

LE HUBY

Enveloppes Gélatineuses

Pour prendre sans dégoût tous Médicaments en Poudre d'odeur ou de saveur désagréables.

TAFFETAS VULNÉRAIRE

MARINIER

Epiderme factice

Bien Supérieur par sa Souplesse et sa Transparence aux Taffetas Anglais et autres.

Exiger la Marque : Le Perdriel-Marinier.

LE PERDRIEL et Cie, PARIS

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.